

CUIDADO MULTIPROFISSIONAL À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO SUS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

MULTIPROFESSIONAL CARE FOR PEOPLE WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM: CHALLENGES AND POTENTIALITIES

CUIDADO MULTIPROFESIONAL A LA PERSONA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DE BRASIL: DESAFÍOS Y POTENCIALIDADES

Luís Domingos Ramos Costa¹
Alissonmendes Fernandes²
Giulia Magno Rocha de Oliveira³
Nayane Regina Silva Araújo⁴
Christiany Christiny Freitas Andrade⁵
Helena Baptista Alves de Oliveira⁶
Fabrício Silva Mendes⁷
Luma Melo Barreto⁸
Maria Eduarda Caetano Dias⁹
Renata Santos Nogueira¹⁰
Laisa Diógenes Medeiros Maciel¹¹
Lília da Silva Melo¹²
Jennfer Caroline Alves Fernandes¹³

RESUMO: Objetivo: analisar criticamente as evidências científicas sobre o cuidado multiprofissional à pessoa com hipertensão arterial sistêmica no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nos desafios enfrentados pelos serviços e nas potencialidades das práticas colaborativas para o controle pressórico, a adesão ao tratamento e a qualidade de vida. Método: revisão integrativa da literatura conduzida segundo as seis etapas propostas por Whittemore e Knafl, com relato orientado pelo PRISMA 2020 e classificação do nível de evidência conforme o Joanna Briggs Institute. As buscas foram realizadas nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e SciELO, com descritores DeCS e MeSH combinados por operadores booleanos, no recorte de 2015 a 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. A questão norteadora foi construída pela estratégia PICO. Resultados: foram incluídos 12 estudos, majoritariamente brasileiros, com predomínio de ensaios clínicos randomizados e estudos transversais de base populacional. As intervenções multiprofissionais contemplaram gestão de caso em enfermagem, educação em saúde e

1

¹Graduado em Medicina, UFMA.

²Pós-graduação em Atenção Primária, UFPE.

³Graduanda em Medicina, Faculdade ZARNS.

⁴Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador UFU, Universidade Federal de Uberlândia,

⁵Graduanda em Enfermagem, UNOPAR.

⁶Graduanda em Enfermagem, Estácio de Sá.

⁷Pós-Graduação em Direitos Humanos, I9 Educação.

⁸Graduanda em Medicina, Faculdade Zarns.

⁹Graduanda em Medicina, Faculdade Zarns.

¹⁰Graduanda em Medicina, Faculdade Zarns.

¹¹Graduanda em Medicina, Faculdade Zarns.

¹²Mestre em Gestão em cuidados de saúde, Must University.

¹³Graduanda em Medicina, Faculdade Zarns.

nutrição, cuidado farmacêutico, prescrição de exercício físico, visita domiciliar por agentes comunitários de saúde e tecnologias digitais. Os efeitos mais consistentes recaíram sobre a adesão terapêutica, o autocuidado, o vínculo e os parâmetros antropométricos; os efeitos sobre o controle pressórico foram favoráveis, porém heterogêneos, sendo mais expressivos em intervenções longitudinais, estruturadas e com participação efetiva de mais de uma categoria profissional. Considerações finais: o cuidado multiprofissional constitui potencialidade concreta do SUS, mas sua efetividade depende da superação de barreiras estruturais, da continuidade do vínculo territorial e da redução das desigualdades regionais de acesso.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Sistema Único de Saúde. Educação em Saúde. Adesão à Medicação.

ABSTRACT: Objective: to critically analyse scientific evidence on multiprofessional care for people with arterial hypertension within the Brazilian Unified Health System (SUS), focusing on the challenges faced by services and the potentialities of collaborative practices for blood pressure control, treatment adherence and quality of life. Method: integrative literature review conducted according to the six stages proposed by Whittemore and Knafl, reported in accordance with PRISMA 2020, with levels of evidence classified according to the Joanna Briggs Institute. Searches were performed in PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase, the Virtual Health Library, LILACS and SciELO, using DeCS and MeSH descriptors combined through Boolean operators, covering publications from 2015 to 2026 in Portuguese, English or Spanish. The guiding question was structured using the PICO strategy. Results: twelve studies were included, predominantly Brazilian, mostly randomised controlled trials and population-based cross-sectional studies. Multiprofessional interventions included nursing case management, health and nutrition education, pharmaceutical care, exercise prescription, home visits by community health workers and digital technologies. The most consistent effects were observed on treatment adherence, self-care, bonding and anthropometric parameters; effects on blood pressure control were favourable but heterogeneous, being more pronounced in longitudinal, structured interventions involving the effective participation of more than one professional category. Final considerations: multiprofessional care constitutes a concrete potentiality of the SUS, but its effectiveness depends on overcoming structural barriers, sustaining territorial bonding and reducing regional inequalities in access.

2

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Patient Care Team. Unified Health System. Health Education. Medication Adherence.

RESUMEN: Objetivo: analizar críticamente la evidencia científica sobre el cuidado multiprofesional a la persona con hipertensión arterial sistémica en el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, con énfasis en los desafíos enfrentados por los servicios y en las potencialidades de las prácticas colaborativas para el control de la presión arterial, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Método: revisión integradora de la literatura conducida según las seis etapas propuestas por Whittemore y Knafl, con reporte orientado por las recomendaciones del PRISMA 2020 y clasificación del nivel de evidencia conforme al Joanna Briggs Institute. Las búsquedas se realizaron en las bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase, Biblioteca Virtual en Salud, LILACS y SciELO, utilizando descriptores DeCS y MeSH combinados mediante operadores booleanos, en el período de 2015 a 2026, en portugués, inglés y español. La pregunta orientadora fue construida mediante la estrategia PICO. Resultados: se incluyeron 12 estudios, mayoritariamente brasileños, con predominio de

ensayos clínicos aleatorizados y estudios transversales de base poblacional. Las intervenciones multiprofesionales contemplaron gestión de casos en enfermería, educación en salud y nutrición, atención farmacéutica, prescripción de ejercicio físico, visita domiciliar por agentes comunitarios de salud y tecnologías digitales. Los efectos más consistentes recayeron sobre la adherencia terapéutica, el autocuidado, el vínculo y los parámetros antropométricos; los efectos sobre el control de la presión arterial fueron favorables, aunque heterogéneos, siendo más expresivos en intervenciones longitudinales, estructuradas y con participación efectiva de más de una categoría profesional. Consideraciones finales: el cuidado multiprofesional constituye una potencialidad concreta del SUS, pero su efectividad depende de la superación de barreras estructurales, de la continuidad del vínculo territorial y de la reducción de las desigualdades regionales de acceso.

Palabras clave: Hipertensión. Atención Primaria de Salud. Grupo de Atención al Paciente. Sistema Único de Salud. Educación en Salud. Cumplimiento de la Medicación.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica ocupa posição singular na agenda sanitária contemporânea: é uma das condições crônicas mais prevalentes no mundo, com mais de um bilhão de pessoas acometidas na faixa de 30 a 79 anos, e figura entre os principais fatores de risco para doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral, doença renal crônica e demência, tendo sido associada a 8,5 milhões de óbitos em 2015, dos quais 88% ocorreram em países de baixa e média renda (Zhou *et al.*, 2021; NCD Risk Factor Collaboration, 2021). Simultaneamente, trata-se de doença com ampla distância entre o conhecimento científico acumulado e os resultados efetivamente alcançados nos serviços, uma vez que a hipertensão pode ser detectada no próprio nível da atenção primária e controlada por tratamentos de baixo custo e, ainda assim, permanece sem controle adequado na maior parte das pessoas diagnosticadas (NCD Risk Factor Collaboration, 2021; World Health Organization, 2023). Essa contradição, mais do que um problema clínico, configura um problema de organização do cuidado.

A análise conjunta de 1.201 estudos de base populacional, envolvendo 104 milhões de participantes de 200 países, estimou que o número de pessoas com hipertensão entre 30 e 79 anos dobrou entre 1990 e 2019, ultrapassando 1,2 bilhão de indivíduos, com prevalência aproximada de 32% entre mulheres e 34% entre homens (NCD Risk Factor Collaboration, 2021). O achado mais relevante desse estudo, contudo, não é a prevalência em si, mas a cascata de cuidado: parcela expressiva das pessoas com hipertensão desconhece o diagnóstico e, entre as diagnosticadas, apenas uma fração alcança controle pressórico adequado, com desigualdades marcantes entre países de alta e de baixa e média renda (NCD Risk Factor Collaboration, 2021;

Zhou *et al.*, 2021). A hipertensão é, portanto, menos um problema de descoberta terapêutica e mais um problema de acesso, continuidade e organização dos serviços.

No Brasil, a magnitude do problema acompanha a tendência internacional e agrega especificidades próprias de um país de dimensões continentais e profundas desigualdades regionais. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 permitiram mensurar o acesso a medicamentos para hipertensão e diabetes na população brasileira, revelando que, apesar da existência de políticas públicas de ampliação do acesso, como o Programa Farmácia Popular e a dispensação na rede básica, persistem iniquidades socioeconômicas e regionais que atingem justamente os segmentos de menor renda e escolaridade (Leal; Galvão; Roncalli, 2024). Esse dado é decisivo para a compreensão do problema: a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo não pode ser interpretada como falha individual quando o insumo terapêutico não está disponível de modo equânime no território.

O impacto da hipertensão sobre a morbimortalidade decorre de sua natureza silenciosa e progressiva. A elevação sustentada da pressão arterial atua como determinante de doença cerebrovascular, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, respondendo por parcela substancial da carga global de doença (NCD Risk Factor Collaboration, 2021; Zhou *et al.*, 2021). Os fatores de risco associados, entre os quais o

4

excesso de peso, o consumo elevado de sódio, o sedentarismo, o uso nocivo do álcool, o tabagismo, o estresse crônico e determinantes sociais como a insegurança alimentar e a precarização do trabalho, situam-se, em sua maioria, fora do alcance da prescrição médica isolada. É essa característica que torna a hipertensão um caso exemplar da insuficiência do modelo biomédico centrado na consulta e do imperativo da atuação em equipe.

A Atenção Primária à Saúde constitui o locus privilegiado desse cuidado. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o maior programa de atenção primária baseada em comunidade do mundo, organizado a partir de equipes multiprofissionais responsáveis por população adscrita, o que confere ao SUS uma capilaridade territorial rara entre sistemas universais (Macinko; Harris, 2015). Estudo de base populacional que analisou a influência da ESF sobre o uso de serviços por adultos hipertensos demonstrou que a cobertura pela Estratégia favorece o cuidado e o controle da hipertensão no país, reforçando a necessidade de investimentos que assegurem sua efetividade (Oliveira *et al.*, 2020). A ESF não é, portanto, apenas uma porta de entrada: é o dispositivo por meio do qual a longitudinalidade, atributo

essencial da atenção primária e condição de possibilidade do manejo de condições crônicas, se materializa.

A organização das Redes de Atenção à Saúde acrescenta a esse arranjo a exigência de coordenação. O cuidado à pessoa com hipertensão não se esgota na unidade básica: envolve a articulação com o apoio matricial, a atenção especializada, o serviço de urgência e a assistência farmacêutica. Estudo avaliativo sobre a atenção primária às condições crônicas, ancorado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, evidenciou que o cuidado ofertado permanece fragmentado e centrado em consultas episódicas, com baixa incorporação do autocuidado apoiado e da lógica interprofissional (Salci; Meirelles; Silva, 2017). O diagnóstico é incômodo, porém necessário: a existência formal de equipes multiprofissionais não garante, por si, a existência de prática colaborativa.

A educação em saúde e o autocuidado apoiado constituem o núcleo operativo desse cuidado compartilhado. Ensaio comunitário longitudinal que comparou três estratégias de educação em saúde e nutrição em 212 pessoas com hipertensão, com intervenções mensais ao longo de doze meses, demonstrou que as modalidades educativas continuadas propiciaram melhores resultados sobre a adesão ao tratamento não farmacológico, avaliada por parâmetros antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos (Machado *et al.*, 2016). Achado convergente foi obtido em ensaio clínico anterior que comparou oficinas educativas isoladas à sua associação com orientação familiar por meio de visitas domiciliares, evidenciando o papel estratégico do território e do domicílio como espaços pedagógicos (Ribeiro *et al.*, 2011). Ambos apontam para a mesma direção: a educação em saúde produz efeito quando é continuada, dialógica e territorializada, e tende a ser inócua quando reduzida à orientação pontual em consulta.

A adesão terapêutica, por sua vez, não se explica exclusivamente por variáveis cognitivas. Estudo qualitativo fundamentado na Teoria Fundamentada nos Dados, conduzido com 27 pessoas em tratamento para hipertensão e diabetes acompanhadas por equipes da ESF, evidenciou que sentimentos de tristeza e ansiedade operam como condicionantes do descontrole da doença, explicitando o (des)cuidado de si como fenômeno atravessado pela dimensão emocional (Pereira; Lanza; Viegas, 2019). No mesmo sentido, investigação sobre adesão e vínculo em unidades da ESF apontou a relação profissional-usuário como elemento associado à adesão (Rêgo; Radovanovic, 2018). Esses achados deslocam o problema: a não adesão é menos um déficit de informação e mais uma questão de vínculo, sofrimento psíquico e condições concretas de vida.

O cuidado centrado na pessoa e a noção de empoderamento oferecem o substrato conceitual para essa reorientação. É necessário, contudo, precisão terminológica. O empoderamento designa o processo pelo qual o sujeito adquire recursos cognitivos, emocionais e sociais para tomar decisões informadas sobre a própria saúde, não devendo ser confundido com estratégia para obter obediência à prescrição, advertência formulada de modo explícito na literatura de referência sobre o tema (Anderson; Funnell, 2010). A distinção tem consequência prática: um programa educativo pode elevar a adesão sem produzir autonomia, quando a mudança de comportamento decorre de vigilância ou dependência do profissional; e uma pessoa autônoma pode, legitimamente, recusar parte do plano terapêutico proposto.

Somam-se a esse quadro os desafios contemporâneos de incorporação tecnológica e de segurança do paciente. Ensaio piloto conduzido no contexto da ESF avaliou os efeitos do uso de aplicativo móvel sobre as condições de saúde de pessoas com hipertensão, indicando viabilidade da estratégia, mas também as limitações de estudos de pequeno porte e a necessidade de mediação profissional (Debon *et al.*, 2020). Paralelamente, a segurança do cuidado, expressa na conciliação medicamentosa, na prevenção de eventos adversos e na aferição correta da pressão arterial, permanece dependente de padronização e de qualificação da equipe, conforme preconizado nas diretrizes brasileiras vigentes (Barroso *et al.*, 2021).

6

Persistem, entretanto, lacunas relevantes, evidenciadas pelo próprio conjunto de estudos analisados. Primeiro, a maior parte das investigações de intervenção testa a atuação de uma única categoria profissional, com franco predomínio da enfermagem (Silva *et al.*, 2020; Yip *et al.*, 2018), sendo minoritários os estudos que avaliam arranjos efetivamente compostos por múltiplas categorias (Kuhmmer *et al.*, 2016; Radovanovic *et al.*, 2016), o que impede estimar o efeito incremental do trabalho colaborativo. Segundo, os desfechos privilegiados são pressóricos, antropométricos e bioquímicos (Radovanovic *et al.*, 2016; Machado *et al.*, 2016), enquanto integralidade, coordenação do cuidado e satisfação do usuário raramente são operacionalizados, dimensões que aparecem apenas de modo indireto nos estudos qualitativos e observacionais da amostra (Pereira; Lanza; Viegas, 2019; Rêgo; Radovanovic, 2018). Terceiro, a produção nacional concentra-se nas regiões Sul e Sudeste (Debon *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020; Kuhmmer *et al.*, 2016; Radovanovic *et al.*, 2016; Minelli *et al.*, 2016; Machado *et al.*, 2016), sub-representando contextos de maior vulnerabilidade das regiões Norte e Nordeste, justamente aqueles em que se documentaram as maiores iniquidades de acesso a medicamentos (Leal; Galvão; Roncalli, 2024). Quarto, os estudos brasileiros de intervenção disponíveis são

majoritariamente de pequeno porte, com amostras que variam de 39 a 256 participantes (Debon *et al.*, 2020; Kuhmmer *et al.*, 2016; Radovanovic *et al.*, 2016), o que limita o poder estatístico para detectar diferenças moderadas. Quinto, nenhum dos estudos incluídos realizou avaliação econômica, permanecendo desconhecido o custo-efetividade de arranjos multiprofissionais no âmbito de um sistema universal.

Diante desse cenário, justifica-se uma revisão integrativa, desenho que permite reunir estudos de delineamentos diversos e produzir compreensão abrangente de um fenômeno complexo (Whittemore; Knafl, 2005), capaz de mapear criticamente o que a literatura recente demonstra sobre o cuidado multiprofissional à pessoa com hipertensão no SUS. O objetivo deste estudo é analisar criticamente as evidências disponíveis sobre esse cuidado, enfatizando os desafios enfrentados pelos serviços e as potencialidades das práticas colaborativas para o controle pressórico, a adesão ao tratamento e a qualidade de vida.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de revisão integrativa da literatura, método que possibilita reunir, analisar e sintetizar evidências provenientes de estudos experimentais e não experimentais, favorecendo 7
compreensão ampliada de fenômenos complexos e a identificação de lacunas na produção científica. Foram observadas as seis etapas propostas por Whittemore e Knafl: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados, apresentação e discussão crítica dos achados (Whittemore; Knafl, 2005). O relato seguiu a lista de verificação PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021), adaptada às particularidades da revisão integrativa, e a hierarquização das evidências obedeceu aos níveis do Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2024), com apoio dos referenciais de Prática Baseada em Evidências de Melnyk e Fineout-Overholt (Melnky; Fineout-Overholt, 2023).

Pergunta norteadora

“Quais os desafios e as potencialidades do cuidado multiprofissional à pessoa com hipertensão arterial no Sistema Único de Saúde, no que se refere ao controle pressórico, à adesão ao tratamento, ao autocuidado e à qualidade de vida?”

Estratégia PICO

Quadro 1. Aplicação da estratégia PICO

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	APLICAÇÃO
P	População	Pessoas adultas com hipertensão arterial sistêmica acompanhadas no Sistema Único de Saúde, em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde
I	Intervenção	Cuidado multiprofissional desenvolvido na Atenção Primária à Saúde e nos demais serviços do SUS, incluindo práticas colaborativas, educação em saúde, autocuidado apoiado, consulta de enfermagem, cuidado farmacêutico, terapia nutricional, acompanhamento psicológico, prescrição de exercício físico e visita domiciliar por agentes comunitários de saúde
C	Comparação	Cuidado convencional centrado na consulta médica episódica ou ausência de abordagem multiprofissional estruturada
O	Desfechos	Controle pressórico, adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, autocuidado, vínculo e acesso, redução de complicações cardiovasculares, qualidade de vida e fortalecimento da integralidade da atenção

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Critérios de inclusão

Foram incluídos artigos originais publicados em periódicos científicos revisados por pares e indexados; publicados entre janeiro de 2015 e o limite da busca; disponíveis em texto completo; redigidos em português, inglês ou espanhol; cuja população fosse constituída por pessoas adultas com hipertensão arterial sistêmica; e que descrevessem intervenção ou modelo de organização do cuidado com participação de profissionais de saúde no contexto de sistemas públicos de atenção, com ênfase no SUS, ou que analisassem, com dados primários, desfechos de controle pressórico, adesão, autocuidado, vínculo, acesso ou qualidade de vida.

Critérios de exclusão

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, comentários, protocolos de pesquisa e resumos de congresso; revisões narrativas, sistemáticas e metanálises, utilizadas exclusivamente como literatura de apoio na discussão e não como amostra; teses, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso e demais formas de literatura cinzenta; estudos cuja intervenção não contemplasse componente assistencial ou educativo identificável; estudos exclusivamente laboratoriais ou de prevenção primária em população normotensa; e publicações duplicadas.

Bases de dados e descritores

As buscas foram planejadas para as bases PubMed, MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e SciELO.

Descritores MeSH: Hypertension; Primary Health Care; Patient Care Team; Interdisciplinary Communication; Patient-Centered Care; Health Education; Self Care; Self-Management; Medication Adherence; Community Health Workers; Delivery of Health Care, Integrated; Unified Health System.

Descritores DeCS: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Comunicação Interdisciplinar; Assistência Centrada no Paciente; Educação em Saúde; Autocuidado; Autogestão; Adesão à Medicação; Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

Operadores booleanos: AND, OR e NOT, com truncamento por asterisco e uso de aspas para expressões exatas.

Estratégias completas de busca

PubMed/MEDLINE

("Hypertension"[MeSH] OR "hypertension" OR "high blood pressure") AND ("Primary Health Care"[MeSH] OR "primary care" OR "family health strategy") AND ("Patient Care Team"[MeSH] OR "Interdisciplinary Communication"[MeSH] OR "multiprofessional"[tiab] OR "multidisciplinary" OR "interprofessional" OR "nurse-led" OR "pharmacist-led" OR "community health worker") AND ("Health Education"[MeSH] OR "Self Care"[MeSH] OR "Medication Adherence"[MeSH] OR "blood pressure control" OR "quality of life")

Scopus

TITLE-ABS-KEY ("hypertension" OR "high blood pressure") AND ("primary health care" OR "primary care" OR "family health strategy") AND ("multiprofessional" OR "multidisciplinary" OR "interprofessional" OR "patient care team" OR "nurse-led" OR "community health worker") AND ("health education" OR "self-care" OR "adherence" OR "blood pressure control")

Web of Science / Embase (sintaxe adaptada)

TS=((("hypertension") AND ("primary health care" OR "family health strategy") AND (multiprofessional OR multidisciplinary OR interprofessional OR "patient care team" OR "nurse-led") AND ("health education" OR "self-care" OR adherence OR "blood pressure control")))

BVS / LILACS

(mh:("Hipertensão")) AND (mh:("Atenção Primária à Saúde") OR tw:("Estratégia Saúde da Família")) AND (mh:("Equipe de Assistência ao Paciente") OR tw:("multiprofissional" OR "interdisciplinar" OR "agente comunitário de saúde")) AND (mh:("Educação em Saúde" OR "Autocuidado" OR "Adesão à Medicação"))

SciELO

(hipertensão) AND ("atenção primária" OR "saúde da família" OR "atenção básica") AND (multiprofissional OR interdisciplinar OR equipe) AND ("educação em saúde" OR autocuidado OR adesão OR "controle pressórico")

Seleção dos estudos

A seleção ocorreu em três etapas sequenciais: leitura dos títulos; leitura dos resumos; e leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. A triagem foi conduzida por dois revisores independentes e às cegas, com resolução de divergências por consenso ou por um terceiro revisor.

Avaliação metodológica e níveis de evidência

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi apreciada com base nos instrumentos de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute, específicos por delineamento (ensaios clínicos randomizados, estudos quase-experimentais, estudos transversais analíticos e estudos qualitativos). A hierarquização dos níveis de evidência seguiu a classificação do JBI (Joanna Briggs Institute, 2024), em que o Nível 1 corresponde a delineamentos experimentais, o Nível 2 a quase-experimentais, o Nível 3 a observacionais analíticos, o Nível 4 a observacionais descritivos e o Nível 5 à opinião de especialistas e pesquisa baseada em consenso.

Extração dos dados e síntese

A extração foi realizada em matriz analítica estruturada, contemplando autor e ano, país, objetivo, delineamento, amostra, principais intervenções multiprofissionais, resultados, conclusões e nível de evidência. Dada a heterogeneidade clínica e metodológica dos estudos, que inviabiliza metanálise, optou-se por síntese narrativa com apresentação tabular, organizada em categorias temáticas construídas indutivamente.

Aspectos éticos

Por tratar-se de revisão conduzida a partir de material publicado e de acesso público, não houve necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde e a Lei nº 14.874/2024. Foram observados os princípios da integridade científica, com fidedignidade na extração dos dados, citação correta das fontes e explicitação das limitações, não tendo havido fabricação, falsificação ou omissão de informações.

Limitações

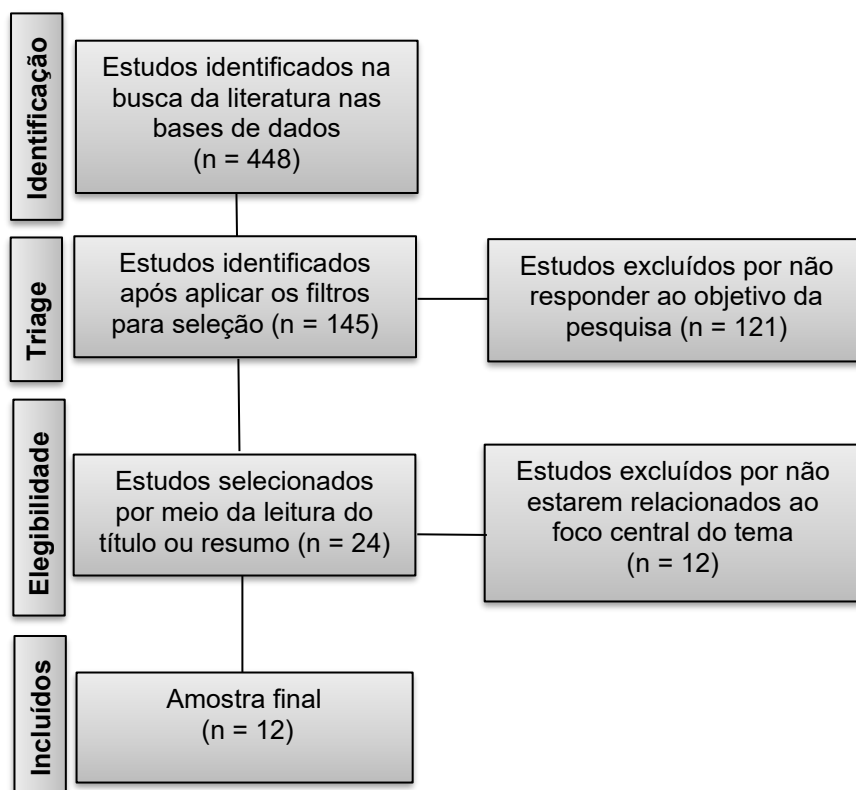
A restrição idiomática a português, inglês e espanhol pode ter excluído evidências relevantes. A exclusão da literatura cinzenta, embora justificada pela exigência de revisão por pares, favorece o viés de publicação. A ausência de metanálise impede a estimativa de efeito combinado. Por fim, a heterogeneidade das intervenções e a variabilidade na composição das equipes limitam a comparabilidade direta entre os estudos.

11

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma elaborado com base nas recomendações do PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021), demonstrando de maneira organizada e sequencial as etapas percorridas no desenvolvimento desta revisão: identificação dos registros nas bases selecionadas, remoção de duplicatas, triagem por título e resumo, avaliação de elegibilidade mediante leitura integral e definição da amostra final incluída. Essa representação confere transparência e rastreabilidade aos critérios adotados.

Figura 01. Fluxograma de seleção dos artigos incluídos na revisão. Brasil, 2026.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

Compuseram a amostra final 12 estudos, publicados entre 2016 e 2025. Onze foram conduzidos no Brasil e um em Hong Kong, este último incluído por testar diretamente a substituição da consulta médica pelo seguimento conduzido por enfermeiros em atenção primária, questão central para o debate sobre composição de equipes no SUS. Quanto ao delineamento, identificaram-se quatro ensaios clínicos randomizados, um ensaio comunitário longitudinal comparativo, um ensaio clínico controlado não randomizado, quatro estudos transversais (dois de base populacional nacional), um estudo observacional em serviço e um estudo qualitativo. Segundo o nível de evidência do JBI, quatro estudos foram classificados como Nível 1, dois como Nível 2 e seis como Nível 3.

As intervenções multiprofissionais identificadas distribuíram-se em seis modalidades principais: gestão de caso em enfermagem, com consultas, contato telefônico e visita domiciliar; programas estruturados de educação em saúde e nutrição, em oficinas ou domicílio; prescrição e supervisão de exercício físico aeróbico; capacitação de equipes por cardiologista, farmacêutico, nutricionista e profissional de educação física; aferição periódica da pressão arterial por agentes comunitários de saúde em visita domiciliar; e uso de tecnologias digitais de monitoramento. Os

desfechos avaliados foram, em ordem de frequência, controle pressórico, adesão terapêutica, parâmetros antropométricos e bioquímicos, vínculo e acesso, e dimensões subjetivas do adoecimento.

Quadro 2. Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa. Brasil, 2026.

Nº	AUTOR (ANO)	PAÍS	OBJETIVO	DELINEAMENTO	AMOSTRA	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS	RESULTADOS E CONCLUSÕES	NE (JBI)
A1	Leal, Galvão, Roncalli, 2024	Brasil	Mensurar o acesso a medicamentos para HAS e DM2 na população brasileira	Transversal de base populacional (PNS 2019)	Amostra nacional representativa (PNS 2019)	Análise do acesso a medicamentos no âmbito do SUS, incluindo Farmácia Popular e dispensação na APS	Foram identificadas desigualdades regionais e socioeconômicas no acesso a medicamentos anti-hipertensivos, com maior vulnerabilidade em populações de menor renda e escolaridade. O acesso a medicamentos, embora ampliado por políticas do SUS, permanece desigual e constitui barreira concreta à adesão terapêutica.	Nível 3
A2	Sales et al., 2025	Brasil	Descrever o controle pressórico em familiares de pessoas com HAS e identificar facilitadores e barreiras ao manejo	Transversal descritivo	213 familiares recrutados aleatoriamente em três unidades da ESF	Avaliação do papel do familiar cuidador no manejo da HAS acompanhado pela ESF	A sobrecarga do cuidado familiar dificulta o manejo efetivo da HAS e associa-se a estresse e ansiedade, podendo repercutir na saúde do próprio cuidador. O familiar é elemento estruturante do cuidado à pessoa com HAS e deve ser incorporado ao plano terapêutico da equipe.	Nível 3
A3	Debon et al., 2020	Brasil	Verificar os efeitos do uso de aplicativo móvel sobre as condições de saúde de pessoas com HAS na ESF	Ensaio clínico controlado, não randomizado, não cego	39 participantes acompanhados por 3 meses	Uso de aplicativo m-Health para monitoramento, associado a oficinas de informação em saúde para ambos os grupos	Observaram-se efeitos favoráveis do uso do aplicativo sobre parâmetros avaliados, em estudo piloto de pequeno porte destinado a subsidiar ensaio futuro. Tecnologias móveis são viáveis no contexto da ESF, mas requerem estudos de maior porte e mediação profissional.	Nível 2
A4	Oliveira et al., 2020	Brasil	Analisar a influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos	Transversal de base populacional	Amostra nacional de adultos com HAS autorreferida	Cobertura e acompanhamento pela ESF como modelo de atenção multiprofissional territorializada	A cobertura pela ESF favoreceu o cuidado e o controle da HAS no Brasil, com maior utilização de serviços e acompanhamento longitudinal. A ESF deve ser objeto de investimento contínuo para garantir sua efetividade no controle da HAS.	Nível 3
A5	Silva et al., 2020	Brasil	Avaliar a efetividade da gestão de caso em enfermagem no controle pressórico de adultos com HAS no serviço público	Ensaio clínico randomizado, seguimento de 12 meses	94 adultos (47 intervenção; 47 cuidado usual) em unidade de APS no Sul do Brasil	Consultas de enfermagem, contato telefônico, visitas domiciliares, educação em saúde e encaminhamentos oportunos	Redução significativa da PA no grupo intervenção (-8,3 vs. 1,1 mmHg sistólica, $p = 0,004$; -7,4 vs. -0,6 mmHg diastólica, $p = 0,007$), com melhora da circunferência abdominal, do IMC e da adesão (todos $p < 0,05$). A gestão de caso em enfermagem na APS é efetiva para melhorar desfechos clínicos e comportamentais em pessoas com HAS.	Nível 1
A6	Pereira, Lanza, Viegas, 2019	Brasil	Compreender sentimentos e comportamentos de pessoas em tratamento para HAS e DM	Qualitativo (Teoria Fundamentada nos Dados; Interacionismo Simbólico)	27 participantes acompanhados por equipes da ESF	Acompanhamento longitudinal por equipe da ESF em município de Minas Gerais	O cotidiano evidencia o (des)cuidado de si; tristeza e ansiedade foram apontadas como condicionantes do descontrole da doença. A dimensão subjetiva e emocional é determinante da adesão e exige abordagem multiprofissional que inclua saúde mental.	Nível 3 (qualitativo)
A7	Rêgo, Radovanovic, 2018	Brasil	Analisar a adesão e o vínculo de pessoas com HAS acompanhadas na Estratégia Saúde da Família	Estudo observacional em serviço de APS	Pessoas com HAS cadastradas em unidades da ESF	Acompanhamento pela equipe da ESF, com ênfase no vínculo profissional-usuário	O vínculo com a equipe mostrou-se associado à adesão ao tratamento da HAS. A construção de vínculo é condição para a adesão e depende da continuidade do cuidado em equipe.	Nível 3
A8	Yip et al., 2018	China (Hong Kong)	Avaliar se a renovação de prescrição conduzida por enfermeiros assegura controle	Ensaio clínico randomizado de não inferioridade, 12 meses	393 pacientes (194 intervenção; 199 cuidado usual)	Renovação de prescrição e acompanhamento conduzidos por enfermeiros em clínicas de atenção primária	Não houve diferença estatisticamente significativa da PA entre os grupos; apenas 4 participantes optaram por sair; percepção positiva quanto à comunicação com o	Nível 1

			não inferior ao da consulta médica				enfermeiro; nenhum evento adverso A condução do seguimento por enfermeiros é aceita pelos usuários e não inferior à consulta médica em pessoas com HAS controlada	
A9	Kuhmmer <i>et al.</i> , 2016	Brasil	Comparar a efetividade de programa multidisciplinar em grupo versus grupo associado a cuidado individualizado no controle pressórico	Ensaio clínico randomizado	256 pacientes acima de 40 anos com HAS não controlada, em duas unidades da ESF (Porto Alegre)	Capacitação da equipe por cardiologista, farmacêutico, nutricionista e profissional de educação física; abordagem de dieta, exercício, cessação do tabagismo e otimização farmacológica com medicamentos do SUS	Comparação entre modalidades de organização do cuidado multidisciplinar na APS, com foco no controle pressórico em população de alta vulnerabilidade O cuidado multidisciplinar estruturado é factível na ESF, e a personalização do atendimento constitui variável relevante do desenho	Nível 1
A10	Radovanovic <i>et al.</i> , 2016	Brasil	Avaliar a influência de intervenção com orientações de saúde e treinamento físico aeróbio sobre valores pressóricos, antropométricos e bioquímicos	Ensaio clínico randomizado	42 indivíduos com HAS	Protocolo de orientações de saúde e nutricionais associado à realização de atividade física	O grupo-intervenção (a) apresentou redução significativa da pressão arterial sistólica e diastólica, dos valores de HDL, da circunferência do quadril e da relação cintura-quadril A intervenção multiprofissional que articula educação em saúde, nutrição e exercício físico repercute favoravelmente sobre parâmetros clínicos	Nível 1
A11	Minelli <i>et al.</i> , 2016	Brasil	Estimar prevalência, conhecimento e controle da HAS em parceria com o programa Estratégia Saúde da Família	Estudo piloto de base populacional	População adulta do município de Matão (SP) acompanhada pela ESF	Aferição mensal da PA por agentes comunitários de saúde treinados, durante visita domiciliar	Verificou-se alta prevalência de HAS, elevado conhecimento do diagnóstico e proporção expressiva de pessoas não controladas mesmo em uso de anti-hipertensivos Os agentes comunitários de saúde constituem opção viável para o controle da PA em estudos e programas de maior escala	Nível 3
A12	Machado <i>et al.</i> , 2016	Brasil	Comparar o efeito de três estratégias de educação em saúde e nutrição sobre a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS	Ensaio comunitário longitudinal, comparativo	212 indivíduos com diagnóstico de HAS, alocados em três grupos, com intervenções mensais durante 12 meses	Oficinas educativas e visitas domiciliares conduzidas com abordagem de educação em saúde e nutrição	As intervenções educativas dos Grupos 1 e 2 propiciaram melhores resultados sobre a adesão ao tratamento não farmacológico, avaliada por parâmetros antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos Estratégias educativas continuadas e territorializadas são superiores à orientação pontual na promoção da adesão	Nível 2

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

DISCUSSÃO

Efetividade das intervenções multiprofissionais sobre o controle pressórico

Em um ensaio clínico randomizado de gestão de caso em enfermagem conduzido em unidade de atenção primária no Sul do Brasil, com seguimento de doze meses, articulou consultas de enfermagem, contato telefônico, visitas domiciliares, educação em saúde e encaminhamentos oportunos, produziu redução de 8,3 mmHg na pressão sistólica e de 7,4 mmHg na diastólica no grupo intervenção, contra variação praticamente nula no grupo de cuidado usual, com melhora concomitante da circunferência abdominal, do índice de massa

corporal e da adesão (Silva *et al.*, 2020). As reduções da pressão arterial associam-se a diminuição substancial do risco de acidente vascular cerebral e de eventos coronarianos (Zhou *et al.*, 2021).

Em outro ensaio conduzido em Hong Kong, no qual a renovação de prescrição por enfermeiros não produziu diferença estatisticamente significativa da pressão arterial em relação à consulta médica, com elevada aceitação pelos usuários e ausência de eventos adversos (Yip *et al.*, 2018).

O ensaio clínico randomizado que combinou orientações de saúde e nutricionais ao treinamento físico aeróbio evidenciou redução significativa da pressão sistólica e diastólica, além de alterações favoráveis na circunferência do quadril e na relação cintura-quadril (Radovanovic *et al.*, 2016). Já o ensaio randomizado desenvolvido em duas unidades da ESF de Porto Alegre, que envolveu capacitação da equipe por cardiologista, farmacêutico, nutricionista e profissional de educação física, com abordagem simultânea de dieta, exercício, cessação do tabagismo e otimização farmacológica com medicamentos disponíveis no SUS, demonstrou a factibilidade operacional desse arranjo em população de alta vulnerabilidade (Kuhmmer *et al.*, 2016).

Educação em saúde, autocuidado apoiado e adesão terapêutica

15

O ensaio comunitário que comparou três estratégias educativas ao longo de doze meses, com 212 participantes, demonstrou que as modalidades continuadas foram superiores na promoção da adesão ao tratamento não farmacológico, aferida por parâmetros antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos (Machado *et al.*, 2016). Estudo anterior do mesmo campo já havia evidenciado que a associação de oficinas educativas à orientação familiar por visita domiciliar produzia efeitos mais expressivos que a oficina isolada (Ribeiro *et al.*, 2011), achado que, embora publicado antes do recorte temporal desta revisão, foi mantido como literatura de apoio por sua centralidade metodológica no campo brasileiro e por sustentar a hipótese do território como espaço pedagógico privilegiado.

A convergência com a literatura internacional é notável. Revisão sistemática clássica sobre treinamento para autogestão em condições crônicas já alertava, há mais de duas décadas, para a heterogeneidade das intervenções educativas e para o decaimento dos ganhos após a interrupção do contato (Norris; Engelgau; Narayan, 2001). A implicação para o SUS é direta e frequentemente ignorada na gestão: grupos de hipertensos organizados como atividade pontual,

sem seguimento estruturado, tendem a produzir efeito transitório. A educação em saúde é uma tecnologia de cuidado longitudinal, não um evento.

É necessário, contudo, precisão conceitual quanto ao autocuidado apoiado. A literatura de referência sobre empoderamento adverte explicitamente contra a apropriação do conceito como instrumento para obter obediência à prescrição, sustentando que o empoderamento consiste em ampliar a capacidade do sujeito de pensar criticamente e decidir de modo informado (Anderson; Funnell, 2010). A advertência é pertinente ao contexto brasileiro, no qual a linguagem do autocuidado por vezes desliza para a responsabilização individual, transferindo à pessoa a culpa por um descontrole cujas causas são, em parcela expressiva, estruturais.

Vínculo, dimensão subjetiva e saúde mental

O estudo qualitativo fundamentado na Teoria Fundamentada nos Dados revelou que tristeza e ansiedade operam como condicionantes do descontrole da hipertensão e do diabetes, e que o cotidiano das pessoas em tratamento é atravessado pelo (des)cuidado de si (Pereira; Lanza; Viegas, 2019). Esse achado dialoga com a investigação sobre adesão e vínculo em unidades da ESF, que identificou a relação profissional-usuário como fator associado à adesão (Rêgo; Radovanovic, 2018), e com o estudo transversal que analisou o manejo familiar da hipertensão em 213 familiares recrutados em três unidades da ESF, evidenciando que a sobrecarga do cuidado familiar dificulta o manejo efetivo e associa-se a estresse e ansiedade no próprio cuidador (Sales *et al.*, 2025).

Entretanto, nenhum dos estudos incluídos testou intervenção psicológica isolada ou avaliou o efeito da incorporação formal do psicólogo à equipe. A ausência é tanto mais grave quanto convergem três estudos independentes desta amostra (Sales *et al.*, 2025; Pereira; Lanza; Viegas, 2019; Rêgo; Radovanovic, 2018) ao apontar a dimensão emocional e relacional como determinante do desfecho. Se o sofrimento psíquico compromete a adesão, a psicologia não é componente acessório da equipe multiprofissional: é componente terapêutico. O mesmo se aplica, em outra chave, à assistência social, cuja atuação sobre determinantes como insegurança alimentar, precarização do trabalho e acesso a benefícios não foi objeto de nenhum estudo incluído, lacuna que compromete a própria noção de integralidade.

Agentes comunitários de saúde e a potencialidade territorial do SUS

O estudo piloto conduzido em Matão, em parceria com a ESF, demonstrou a viabilidade da aferição mensal da pressão arterial por agentes comunitários de saúde treinados durante a visita domiciliar, identificando alta prevalência de hipertensão, elevado conhecimento do diagnóstico e proporção expressiva de pessoas não controladas mesmo em uso de anti-hipertensivos (Minelli *et al.*, 2016). O achado dialoga com revisão sistemática internacional sobre intervenções conduzidas por agentes comunitários em países de baixa e média renda, que documenta o potencial dessa categoria para o manejo e o controle da hipertensão (Mbutia; Magutah; Pellowski, 2022).

Outrossim, a implicação para a gestão do SUS é considerável. O agente comunitário de saúde é o profissional com maior capilaridade territorial e maior vínculo comunitário do sistema, e sua atuação no rastreamento e no monitoramento da hipertensão constitui potencialidade subutilizada. Não se trata, contudo, de transferir responsabilidade clínica a essa categoria, mas de reconhecer que a detecção de casos não controlados no domicílio, articulada a fluxos de encaminhamento claros, amplia a resolutividade da equipe sem elevar proporcionalmente o custo.

Tecnologias em saúde e telessaúde

O ensaio piloto que avaliou o uso de aplicativo móvel no contexto da ESF sinalizou viabilidade e efeitos favoráveis, ressalvadas as limitações decorrentes do pequeno tamanho amostral e do desenho não randomizado (Debon *et al.*, 2020). A cautela é necessária: a tentação de substituir o encontro educativo pela solução digital é orçamentariamente atraente e clinicamente frágil. A tecnologia amplia a frequência do contato, mas não gera, por si, a relação dialógica em que se constrói o vínculo, precisamente o fator que os estudos qualitativos desta revisão identificam como determinante da adesão (Pereira; Lanza; Viegas, 2019; Rêgo; Radovanovic, 2018).

Ademais, acresce-se o risco de aprofundamento de iniquidades. Populações com menor letramento digital e menor acesso a conectividade, sobrepostas em grande medida àquelas com pior controle pressórico e menor acesso a medicamentos, são as menos favorecidas por estratégias exclusivamente tecnológicas. No SUS, a telessaúde deve ser concebida como complemento do cuidado territorial, jamais como seu substituto.

Barreiras estruturais, desigualdades regionais e assistência farmacêutica

A análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 evidenciou que o acesso a medicamentos para hipertensão, apesar da ampliação promovida por políticas públicas, permanece marcado por desigualdades socioeconômicas e regionais (Leal; Galvão; Roncalli, 2024). Esse achado impõe uma reinterpretação de todo o debate sobre adesão: a descontinuidade do tratamento anti-hipertensivo não pode ser atribuída a falha individual quando o medicamento não está disponível de modo equânime. O cuidado farmacêutico, que abrange a dispensação orientada, a conciliação medicamentosa, o manejo da polifarmácia e a educação sobre o regime terapêutico, configura, nesse contexto, componente estruturante e não acessório da equipe.

Em contrapartida, a potencialidade do SUS é demonstrada pelo estudo de base populacional que analisou a influência da ESF sobre o uso de serviços por adultos hipertensos, evidenciando que a cobertura pela Estratégia favorece o cuidado e o controle da doença (Oliveira *et al.*, 2020). O Brasil dispõe, por meio da ESF, do maior programa de atenção primária comunitária do mundo (Macinko; Harris, 2015), com equipes multiprofissionais responsáveis por população adscrita, arquitetura institucional que sistemas de saúde de países de alta renda buscam replicar. O problema brasileiro, portanto, não é de desenho, mas de implementação, financiamento e continuidade.

18

Além disso, um estudo avaliativo sobre a atenção às condições crônicas na atenção primária brasileira, ancorado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, já havia evidenciado a persistência da fragmentação e da lógica de consultas episódicas, com baixa incorporação do autocuidado apoiado (Salci; Meirelles; Silva, 2017).

Convergências, divergências e limitações do corpo de evidências

Entre as convergências, destacam-se quatro. Primeira: intervenções multiprofissionais estruturadas superam o cuidado usual em desfechos de adesão, autocuidado e parâmetros antropométricos (Silva *et al.*, 2020; Kuhmmer *et al.*, 2016; Radovanovic *et al.*, 2016; Machado *et al.*, 2016). Segunda: a continuidade e a intensidade do contato predizem a magnitude do efeito (Silva *et al.*, 2020; Machado *et al.*, 2016). Terceira: o vínculo territorial e a dimensão emocional são determinantes do desfecho, e não variáveis secundárias (Sales *et al.*, 2025; Pereira; Lanza; Viegas, 2019; Rêgo; Radovanovic, 2018). Quarta: o acesso a insumos é condição prévia, e não consequência, da adesão (Leal; Galvão; Roncalli, 2024).

Entre as divergências, o efeito sobre o controle pressórico variou de reduções clinicamente expressivas (Silva *et al.*, 2020) a ausência de diferença entre grupos (Yip *et al.*, 2018), a depender da intensidade da intervenção, do controle basal e do desenho do comparador. Ademais, a operacionalização do próprio conceito de “cuidado multiprofissional” é inconsistente entre os estudos: alguns descrevem equipes que efetivamente compartilham o plano terapêutico, enquanto outros denominam multiprofissional a mera justaposição de atendimentos paralelos, distinção que compromete a comparabilidade e que raramente é explicitada pelos autores.

Dentre as limitações, a maioria dos estudos brasileiros incluídos apresenta amostras reduzidas, com poder estatístico limitado para detectar diferenças moderadas. A produção concentra-se nas regiões Sul e Sudeste, sub-representando os contextos de maior vulnerabilidade do Norte e do Nordeste. Predominam desfechos intermediários, como pressão arterial e parâmetros antropométricos, em detrimento de desfechos duros, como incidência de eventos cardiovasculares e mortalidade, cuja avaliação exigiria seguimentos mais longos. Por fim, nenhum estudo incluído realizou análise econômica.

Implicações para a prática clínica e para a gestão

19

Para a prática clínica, os achados sustentam três recomendações. Primeira, substituir a lógica da consulta episódica pelo seguimento programado com contato ativo entre atendimentos, modalidade que concentrou os melhores resultados. Segunda, incorporar sistematicamente a avaliação do sofrimento psíquico e da sobrecarga familiar ao plano terapêutico, dada a consistência com que essas dimensões emergiram como condicionantes do desfecho. Terceira, tratar o acesso ao medicamento como item de avaliação clínica rotineira, e não como pressuposto.

Para a gestão, três implicações se destacam. A primeira é que a potencialidade da ESF depende de estabilidade das equipes: intervenções longitudinais são inviáveis sob alta rotatividade profissional. A segunda é que a qualificação dos agentes comunitários de saúde para o monitoramento pressórico domiciliar representa estratégia de alto alcance e custo comparativamente baixo. A terceira é que a incorporação de tecnologias digitais deve ser precedida de avaliação de equidade no acesso, sob pena de a inovação ampliar a distância entre os que mais e os que menos necessitam de cuidado.

Recomendações para pesquisas futuras

Recomenda-se a condução de ensaios clínicos pragmáticos, com amostras ampliadas e desenhos de superioridade que comparem diretamente arranjos multiprofissionais a intervenções unidisciplinares, permitindo estimar o efeito incremental de cada categoria. São necessários estudos conduzidos nas regiões Norte e Nordeste, em contextos de maior vulnerabilidade social, bem como investigações que incorporem a psicologia e o serviço social como componentes ativos da intervenção. Recomenda-se, ainda, a adoção de desfechos que operacionalizem integralidade, coordenação do cuidado e experiência do usuário, além da realização de avaliações econômicas que estimem o custo-efetividade dessas configurações no âmbito de um sistema universal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado multiprofissional à pessoa com hipertensão arterial no SUS contribui de modo consistente para a adesão terapêutica, o autocuidado, o vínculo e a melhoria de parâmetros antropométricos e bioquímicos, com efeito favorável, porém heterogêneo, sobre o controle pressórico. Os melhores desfechos foram obtidos por intervenções longitudinais, estruturadas e com participação efetiva de mais de uma categoria profissional, ao passo que arranjos que apenas substituem uma categoria por outra, mantendo a lógica da consulta episódica, tendem a produzir equivalência e não superioridade.

20

A principal contribuição para o SUS decorre da constatação de que a arquitetura institucional necessária ao cuidado colaborativo já existe: a Estratégia Saúde da Família oferece cobertura territorial, população adscrita e composição multiprofissional. O que se mostra insuficiente é a implementação, expressa na rotatividade das equipes, na fragmentação do processo de trabalho, na desigualdade regional de acesso a medicamentos e na persistência de atividades educativas pontuais em lugar de seguimento programado. O fortalecimento da Atenção Primária, nesse sentido, não requer a criação de novos dispositivos, mas a qualificação e o financiamento estável dos que já se encontram instituídos.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, R. M.; FUNNELL, M. M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient Education and Counseling**, v. 79, n. 3, p. 277-282, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

DEBON, R. *et al.* Effects of using a mobile health application on the health conditions of patients with arterial hypertension: a pilot trial in the context of Brazil's Family Health Strategy. **Scientific Reports**, v. 10, p. 6009, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63057-w>.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **JBIM Manual for Evidence Synthesis**. Adelaide: JBI, 2024. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>.

KUHMMER, R. *et al.* Effectiveness of multidisciplinary intervention on blood pressure control in primary health care: a randomized clinical trial. **BMC Health Services Research**, v. 16, p. 456, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1703-0>.

LEAL, A. A. F.; GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Acesso a medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 na população brasileira: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 9, e00241022, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT241022>.

MACHADO, J. C. *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 611-620, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20112014>.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. **The New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>.

MBUTHIA, G. W.; MAGUTAH, K.; PELLOWSKI, J. Approaches and outcomes of community health worker's interventions for hypertension management and control in low-income and middle-income countries: systematic review. **BMJ Open**, v. 12, n. 4, e053455, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053455>.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 5. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2023.

MINELLI, C. *et al.* Hypertension prevalence, awareness and blood pressure control in Matao, Brazil: a pilot study in partnership with the Brazilian Family Health Strategy Program. **Journal of Clinical Medicine Research**, v. 8, n. 7, p. 524-530, 2016. DOI: <https://doi.org/10.14740/jocmr2582w>.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **The Lancet**, v. 398, n. 10304, p. 957-980, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1).

NORRIS, S. L.; ENGELGAU, M. M.; NARAYAN, K. M. V. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. **Diabetes Care**, v. 24, n. 3, p. 561-587, 2001. DOI: <https://doi.org/10.2337/diacare.24.3.561>.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* The influence of the Family Health Strategy on hypertensive adults in health care use in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200006, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200006>.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n71, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PEREIRA, N. P. A.; LANZA, F. M.; VIEGAS, S. M. F. Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: sentimentos e comportamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 109-117, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0500>.

RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Intervenção multiprofissional em adultos com hipertensão arterial: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1067-1073, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0320>.

RÊGO, A. S.; RADOVANOVIC, C. A. T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1030-1037, 2018. [DOI a verificar].

RIBEIRO, A. G. *et al.* Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, v. 11, p. 637, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-637>.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2882, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>.

SALES, P. C. *et al.* Family management of hypertension in Brazil: a cross-sectional study. **Clinical Nursing Research**, v. 34, n. 1, p. 12-22, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/10547738241282114>.

SILVA, Â. T. M. *et al.* Nursing case management for people with hypertension in primary health care: a randomized controlled trial. **Research in Nursing & Health**, v. 43, n. 1, p. 68-78, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.21994>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on hypertension: the race against a silent killer**. Genebra: OMS, 2023.

YIP, B. H. K. *et al.* Nurse-led hypertension management was well accepted and non-inferior to physician consultation in a Chinese population: a randomized controlled trial. **Scientific Reports**, v. 8, p. 10608, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-28721-2>.

ZHOU, B. *et al.* Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. **Nature Reviews Cardiology**, v. 18, n. 11, p. 785-802, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00559-8>.